

MedReport

35 / 2011

ORGAN FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSKONGRESSE

WILEY-BLACKWELL

10. bis 12. 11. 2011

26. GMS
Gefäßmedizinisches
Symposium Berlin

Berlin



Interdisziplinäre Gefäßmedizin

Ralph I. Rückert und Peter Klein-Weigel, Berlin

Einer der traditionsreichsten Kongresse auf dem Gebiet der Gefäßmedizin findet vom 10. bis 12. November 2011 seine Fortsetzung. Seit 25 Jahren war das *Gefäßchirurgische Symposium* im November in Berlin eine feste Instanz und ein Fixpunkt im Terminkalender.

Die nach seinem Begründer und bisherigen wissenschaftlichen Leiter oft auch vereinfachend „Hepp-Symposium“ genannte Veranstaltung, wurde weit über die Landesgrenzen hinaus bekannt. Von Anbeginn war das Symposium auf Interdisziplinarität der Gefäßmedizin ausgerichtet – ein Ansatz, der heute aktueller denn je ist und in die Zukunft weist. Um dieser Ausrichtung Rechnung zu tragen, haben wir uns entschlossen, eine Namensänderung vorzunehmen. Mit dem Gefäßmedizinischen Symposium, dem 26. GMS 2011 in Berlin, erfolgt somit eine Neuorientierung unter bewusster Bewahrung der Tradition.

Die Kongresslandschaft ist zwar inhaltlich reich und zeitlich dicht gesät. Aber haben wir auch tatsächlich immer ausreichend Zeit, uns auf bestimmte Themen zu konzentrieren, Fragen zu stellen, ungeklärte Probleme zu identifizieren und, wenn das erforderlich ist, Kontroversen offen auszutragen? Das GMS in Berlin will diese Möglichkeit schaffen!

Die Gefäßmedizin verändert sich rasant. Umso wichtiger ist es, diejenigen Innovationen zu identifizieren, die unser Handeln in Zukunft beeinflussen werden. Auf der anderen Seite gilt es, vor dem Hintergrund von „evidence-based medicine“ bewährte Methoden der Diagnostik und Therapie zu bewahren und zu vervollkommen. Das GMS Berlin soll klinisch orientiert bleiben und wir möchten noch stärker als bisher die jungen Gefäßmediziner ansprechen, denn die Zukunft unseres Faches liegt in ihren Händen.

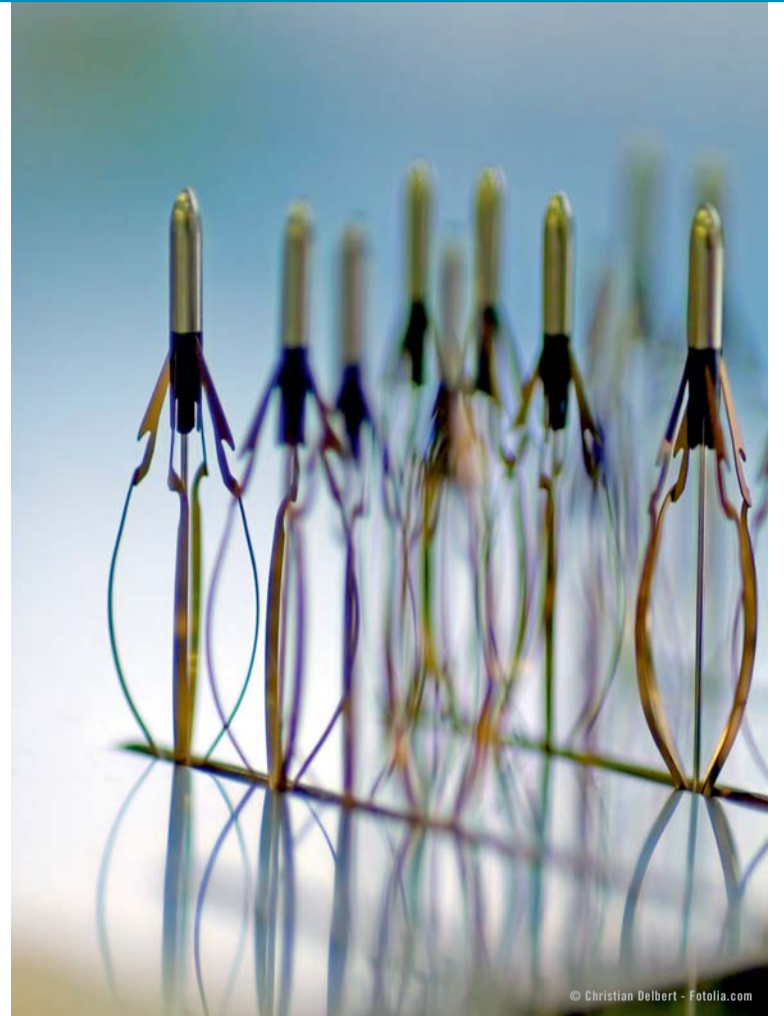
Was ist neu und welches sind die Ziele unseres GMS in Berlin? In diesem Jahr haben wir sieben Themen ausgewählt, von denen wir glauben, dass sie eine tiefere Diskussion verdienen.

In den *News in der Gefäßmedizin* werden richtungsweisende Innovationen vorgestellt und diskutiert. Die rasche Entwicklung der gefäßmedizinischen Fachgebiete bringt ständig neue Diagnostik- und Therapieverfahren hervor, deren Wert sich in wissenschaftlichen Studien und letztlich im klinischen Alltag beweisen muss. In unserer Sitzung *News in der Gefäßmedizin* wollen wir deshalb solche Methoden ausloten, die die ersten Hürden auf diesem beschwerlichen Weg bereits gemeistert haben und in denen nach heutiger Erkenntnis ein großes Entwicklungspotenzial steckt.

Früherkennung und Prävention von Gefäßerkrankungen erlangen angesichts verbesserter Interventionsmöglichkeiten eine immer stärkere Bedeutung. Hochinteressante diagnostische Methoden und deren Effektivität sind Themen des *Angiologischen Forums*, in dem der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz und der Geschäftsführer des medizinischen Stabes des Bundesverbandes der AOK, Dr. Gerhard Schillinger, zusätzlich für einen gesundheitspolitisch brisanten Diskurs sorgen werden.

Für die *Aorta*, insbesondere das Aortenaneurysma, zeichnet sich ein Algorithmus für zukünftige Behandlungsstrategien ab. Wenn in allernächster Zukunft ein Screening zum Bauchortenaneurysma (BAA) flächendeckend in Deutschland Realität werden sollte, werden wir etwa 90 % sogenannte „small aneurysms“ mit einem Maximaldurchmesser von weniger als 5 cm entdecken. Wie soll man damit umgehen angesichts hervorragender Möglichkeiten der endovaskulären Therapie des BAA (EVAR)? Es gibt rasante Fortschritte technischer Art. Die Indikation zur EVAR wird ständig erweitert, wodurch auch Patienten mit morphologisch komplizierteren BAA oder mit Niereninsuffizienz minimal invasiv behandelt werden können. Schließlich existieren erstaunliche Möglichkeiten der nichtoperativen Therapie des BAA. In einem eigenen Forum sollen die Jungen Gefäßmediziner zu Wort kommen. Wann ist man alt genug, Ergebnisse der klinischen und/oder wissenschaftlichen Arbeit öffentlich darstellen zu können? Wir wollen der Jungen Generation mit dem *Forum Junger Gefäßmediziner* Raum geben, eine rege Diskussion zu den ausnahmslos hochinteressanten Beiträgen dieser Sitzung zu entfachen.

Auf dem Gebiet der Phlebologie werden die *endovenösen Behandlungstechniken* auf den Prüfstand kommen. Zwar ist eine zunehmende Rolle endovenöser Therapieverfahren unverkennbar, im Diskurs um die besten zukünftigen Behandlungsstrategien bleiben jedoch bisher noch viele Fragen offen,



© Christian Delbert - Fotolia.com

denen wir uns in unserer 5. Sitzung zuwenden werden. Bei der Behandlung der Varikose und Thrombose liefern sich konventionelle, offen chirurgische und neue endoluminale Behandlungsmethoden derzeit ein hartes Kopf-an-Kopf-Rennen.

Ein Brennpunkt und im besten Sinne des Wortes kontroverses Thema im Bereich der supraaortalen hirnversorgenden Arterien ist die Therapie der asymptomatischen Carotisstenose. Für unsere Sitzung zur *Asymptomatischen Carotisstenose – Pille, Messer oder Stent* ist es uns gelungen, für alle genannten Behandlungsstrategien herausragende Referenten zu gewinnen, deren Ausführungen wir mit Spannung erwarten dürfen.

Schließlich kann die *Qualität in der Gefäßmedizin* und damit verbunden die Patientensicherheit aus klinischer Sicht nicht hoch genug bewertet werden. Mit diesem Thema werden wir noch einmal ein politisch hochbrisantes Terrain betreten, das mit Sicherheit kontroverse und spannende Diskussionen entfachen wird. Sicher sind hier gemeinsame Anstrengungen nötig!

Zwei *Lunch-Sessions* zum *Update Antikoagulation* (Bayer Healthcare) und zur *Endoluminalen Lasertherapie der Varikose* (Biolitec) passen zu den Themen dieses 26. GMS.

Der praktisch orientierte Charakter des 26. GMS Berlin äußert sich in einem vielseitigen und umfassenden, zertifizierten Programm von *Kursen und Workshops*, die um einige neue Angebote ergänzt wurden.

Das *Reisestipendium der Ernst-Jeger-Gesellschaft e.V. Berlin* wird erneut in Höhe von 5000 EUR vergeben.

Am Eröffnungsabend wird erstmals ein *Get-together* bei allen Teilnehmern des 26. GMS Berlin für die entspannte Atmosphäre sorgen, in der das Symposium verlaufen soll.

Nutzen Sie die Vorweihnachtszeit, um die nahezu grenzenlosen Möglichkeiten der hauptstädtischen Metropole Berlin kennen zu lernen. Erleben Sie ein kompaktes und spannendes 26. Gefäßmedizinisches Symposium, zu dem wir Sie und Ihre Mitarbeiter nach Berlin einladen möchten. Berlin als Metropole präsentiert sich nicht nur als idealer Veranstaltungsort, sondern bietet auch unvergleichlich attraktive Möglichkeiten, kulturelle Höhepunkte zu erleben.

Wir freuen uns mit Ihnen auf ein interessantes, erlebnisreiches und nachhaltiges Symposium, zu dem wir Sie herzlich willkommen heißen!



Priv.-Doz. Dr.
Ralph I. Rückert



Dr.
Peter Klein-Weigel

Seitenäste, retikuläre Varizen, Besenreiser

Endoluminale Radiofrequenzbehandlung und Sklerotherapie

Bernhard Klumpp, Berlin

Schon seit den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts war die hohe Effektivität der Schaumsklerosierung beim Verschluss mittelgroßer und auch großkalibriger Venen bekannt, das Herstellen stabiler Schäume gelang jedoch erst um die Jahrtausendwende. Durch die inzwischen gebräuchlichen Methoden zur Schaumherstellung (Tessari-Methode [Lorenzo Tessari, 2000] (Abb. 1); DSS-Verfahren [Doppelspritzen-technik-Methode aus dem Jahre 2001]) fand die Schaumverödung weltweite Akzeptanz und ist aus dem Spektrum venentherapeutischer Maßnahmen nicht mehr wegzudenken.

Die Schaumverödung eignet sich zum einen zur Behandlung von Krampfaderaden aus kosmetischer Indikation als sogenanntes schnittfreies Verfahren, wird aber auch zunehmend zum Verschluss der Stammvenen angewandt. In der Krampfaderchirurgie werden zunehmend nach Entfernung der Stammvenen Seitenäste verödet, um ausgedehnte Phlebektomien zu vermeiden. Der Verschluss von Perforansvenen ist möglich, ebenso die Kombination mit kathetergestützten endovenösen Verfahren bei Crossen-Neovaskularisation und belassener Stammvene. Unerlässlich ist die Schaumverödung in der Behandlung perivenöser Ulzera, da hiermit ohne Weichteiltrauma die das Ulkus unterhaltenden Nährvenen verschlossen werden können. Erhöhte Ulkus-Heilungs-

raten wurden publiziert. Ein interessantes Forschungsgebiet bildet die Behandlung von Neovaskularisaten im Crossenbereich nach Voroperation durch Schaumverödung.

Nebenwirkungen

Wie alle Methoden hat jedoch auch die Schaumsklerosierung ihre Probleme. So treten in ca. 1,5 % der behandelten Patienten Sehstörungen in Form von Flackerlichtern, Fleckensehen, Liniensehen oder auch Gesichtsfeldausfällen bis hin zum kompletten temporären Visusverlust auf. Diese können kombiniert sein mit Parästhesien und Lähmungserscheinungen bis zur Hemiparese und stellen immer beeindruckende Erlebnisse sowohl für Patienten als auch Therapeuten dar. Bis dato wurden jedoch lediglich zwei Fälle von

manifesten apoplektischen Insulten mit geringen klinischen Spätfolgen und einige wenige transitorisch ischämische Attacken dokumentiert. Neurologische und echokardiographische Untersuchungen, sowie zerebrale MRI-Serien legen nahe, dass es sich bei den beobachteten neurologischen Phänomenen möglicherweise um Migräneäquivalente handeln könnte, ausgelöst durch zerebrale Mikroembolisationen und/oder den Abstrom von Endothelin in die Hirnstrombahn über ein offenes Foramen ovale. Endothelin stellt einen Triggerfaktor für Migräneanfälle dar und wird bei Sklerotherapie aus Endothelzellen freigesetzt. Eine zweites Problem der -Schaumsklerosierung stellt das Auftreten von Phlebitiden und Hyperpigmentierungen dar, letztere treten in bis zu



Dr. Bernhard Klumpp

14 % der behandelten Patienten auf und sind insbesondere, wenn aus kosmetischer Indikation sklerosiert wurde, ein außerordentlich lästiges Problem.

Alternative Verfahren

Auf der Suche nach alternativen Verfahren zum Verschluss von Venen bis 5 mm Durchmesser befindet sich nun eine weitere Behandlungsmethode in der Erprobung.

Ein Mikrokatheter wird durch Punktion mit einer G20- bzw. G24-Kanüle in die zu verschließende, vorher markierte Vene platziert und sonographisch/palpatorisch in seiner Lage kontrolliert. Über einen Radiofrequenzgenerator wird die Elektrode an der Spitze des Mikrokatheters erhitzt und der Katheter nach einem von dem Gerät akustisch vorgegebenen Zeitschema mit Hilfe eines im Einführgerät befindlichen Drehrades stufenweise zurückgezogen (Abb. 3). Wie bei allen endoluminalen thermischen Verfahren erfolgt der Verschluss der Vene durch Vasospasmus und Eiweißdenaturierung. Die für die Schaumverödung bekannten Komplikationen wie Sehstörungen und Parästhesien treten naturgemäß nicht auf, Hyperpigmentierungen wurden bisher ebenfalls kaum beobachtet.

Das Verfahren ist schmerzarm, in seltenen Fällen muss paravenös ein Lokalanästhetikum injiziert werden. Eine postinterventionelle Kompres-

sion ist nicht erforderlich, das für Sklerotherapie übliche Meiden von Sonneneinstrahlung bzw. Solarium für die nächsten Wochen entfällt. Das Verfahren bietet einen interessanten Behandlungsansatz in der Behandlung mittelgroßer Venenverläufe. Sollten sich die initial guten Behandlungsergebnisse im Rahmen größerer Behandlungsserien bestätigen lassen, existiert hier eine Behandlungsmethode, welche unser in den letzten Jahren deutlich angewachsenes therapeutisches Spektrum therapeutischer Möglichkeiten weiter bereichern kann.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Bernhard Klumpp
Venenzentrum Adlershof
Albert-Einstein-Straße 2
12489 Berlin
info@venenzentrum-adlershof.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 11. November 2011
16:30–18:30 Uhr

SITZUNG 5

Endovenöse Behandlungstechniken – wer macht das Rennen?

Vorsitz: I. Flessenkämper, Berlin;
H. Nüllen, Mönchengladbach;
K. Kröger, Krefeld



Abb. 1: Tessari-Methode zur Schaumherstellung.



Abb. 2: Hyperpigmentierung.



Abb. 3: Venenverschluss durch Mikrokatheter.

ALLGEMEINE HINWEISE

10. bis 12. November 2011

26. Gefäßmedizinisches Symposium Berlin



WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Priv.-Doz. Dr. Ralph I. Rückert
Chirurgische Abteilung
Franziskus Krankenhaus
Budapester Straße 15–19
10787 Berlin
Tel.: 030-263-837-01
Fax: 030-263-837-05
rir-chirurgie@franziskus-berlin.de

Dr. med. Peter Klein-Weigel
Angiologische Abteilung DRK-Kliniken Berlin Mitte
Drontheimer Straße 39–40
13359 Berlin
Tel.: 030-303-564-55
Fax: 030-303-564-59
p.klein-weigel@drk-kliniken-berlin.de

KONGRESS-ORT

Russisches Haus der Wissenschaft und Kultur
Friedrichstraße 176–179
10117 Berlin-Mitte

KONGRESSORGANISATION

ECIPE
Barbara Gußmann
Schleusenweg 43
14532 Kleinmachnow
Tel.: 0332-038-0074
Fax: 0332-038-0075
gussmann@t-online.de

www.gefassmedizinisches-symposium-berlin.de

BUCHTIPP

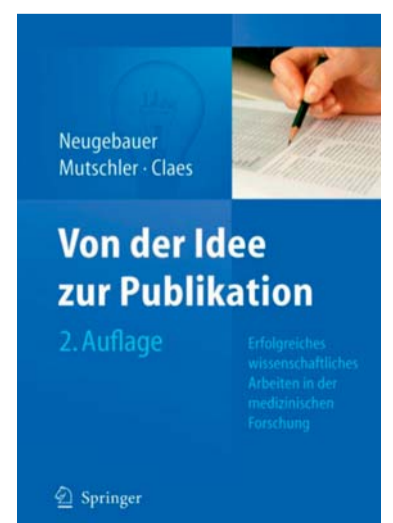
Erfolgreiches wissenschaftliches Arbeiten in der medizinischen Forschung

Gute Forschung muss gut geplant werden. Alle Schritte zur erfolgreichen Umsetzung eines Forschungsprojektes sind in diesem Buch erläutert und durch zusammenhängende instruktive Beispiele veranschaulicht. Der Bogen spannt sich von der Projektplanung über die erste Projektskizze, die Formulierung des Projektantrags, die praktische Durchführung, die Projektauswertung und statistische Analyse bis zur Publikation der Ergebnisse.

Claes, Lutz; Neugebauer, Edmund A. M.; Mutschler, Wolf (Hrsg.)

Von der Idee zur Publikation

Erfolgreiches wissenschaftliches Arbeiten in der medizinischen Forschung
Springer-Verlag GmbH, Heidelberg
2nd ed., 2011, 224 S. 37 Abb., Geb.
49,95 € (D) ISBN: 978-3-642-16068-4



Sollen bereits kleine Bauchaortenaneurysmen behandelt werden?

Jan Brunkwall und Vladimir Matoussevitch, Köln

Das Bauchaortenaneurysma (BAA) wird definiert als eine Aussackung der Bauchschlagader mit einem Durchmesser größer als 3 cm. Eine andere Definition spricht von einem BAA, wenn der Durchmesser der infrarenalen Aorta 150 % des Durchmessers der suprarenalen Aorta ausmacht. Die letzte Definition ist wohl genauer, wird aber seltener benutzt. Mit einer Inzidenz von ca. 3–7,5 % bei Männern in einem Alter von 65–80 Jahren ist das BAA nicht selten, und es ist eine potenziell lebensgefährliche Erkrankung.

Die Gefahr liegt vorwiegend in der Ruptur des Aneurysmas, mit einer Gesamtmortalität von knapp 90 %. Erreicht der Patient das Krankenhaus lebend, beträgt die Mortalität noch 30–70 %, bundesweit ca. 50 %. In den USA gehen jährlich bis zu 15.000 Sterbefälle auf die Ruptur eines Aneurysmas zurück, die Erkrankung ist damit die zehnhäufigste Todesursache bei Männern über 55 Jahre. Frauen haben insgesamt ein deutlich niedrigeres Risiko an einer BAA zu erkranken, erleiden jedoch bei deutlich kleineren Aneurysmen eine Ruptur. Das Rupturrisiko steigt mit zunehmender Größe des Aneurysmas. Es liegt bei einem Durchmesser von unter 40 mm noch nahezu bei 0 %, bei 40–50 mm unter 5 % jährlich und erhöht sich auf bis zu 15 % bei einem Durchmesser von 60 mm und 20 % bei einem Durchmesser von 70 mm.

Unser heutiges Wissen über die Gefahren des BAA basiert im Wesentlichen auf zwei großen Untersuchungen, die UK Small Aneurysm Trial aus England und die US-amerikanische ADAM-Studie. Die Studien beschäftigten sich mit der Frage, ob es sicherer ist, die Patienten mit kleinen Aneurysmen (<55 mm) zu operieren oder lediglich mit Ultraschall zu beobachten. Eine Operation

würde ein Wachstum des Aneurysmas und demzufolge auch eine Ruptur verhindern. Die Studien kamen zu dem Ergebnis, dass es langfristig keinen Überlebensvorteil für die früh operierten Patienten gibt, auch wenn sich nach 8 Jahren ein geringer Vorteil in der Gesamtsterblichkeit dieser Patienten zeigte.

Beide Untersuchungen prägten die Behandlung von Aneurysmapatienten in Europa (insbesondere in England) aber auch in den USA. Gleichzeitig wurde Kritik laut an Konzeption Ergebnisauswertung der beiden Studien. So wurden in der englischen Studie am Ende doch die meisten Patienten operiert, da sie den kritischen Durchmesser von 55 mm überschritten hatten. Darüber hinaus hat man von insgesamt 150 Sterbefällen nur 17 mit einem Aneurysma in Verbindung gebracht, wobei jedoch nur bei einem Drittel der Patienten die Todesursache durch eine Obduktion festgestellt wurde.

In den letzten 10 Jahren kam es zu einer rasanten Entwicklung in der endovaskulären Gefäßchirurgie. Mit neuen minimalinvasiven Verfahren vermeidet man große Bauchschnitte und ersetzt lediglich die Innenwand der Bauchschlagader. Die Aussackung steht nicht mehr unter Druck, das BAA kann nicht mehr

rupturieren. Auch können minimalinvasive BAA-Operationen in Lokalanästhesie durchgeführt werden.

Um zu untersuchen, ob minimalinvasive Verfahren, frühzeitig eingesetzt – also noch bevor das Aneurysma die Größe von 55 mm überschritten hat – einen deutlichen Vorteil für den Patienten bringt, startete man 2 Studien, eine in den USA und eine in Europa, an der auch unsere Klinik teilgenommen hat. Die beiden Untersuchungen zeigten, dass durchschnittlich 80–90 % der für die



Prof. Dr.
Jan S. Brunkwall

Überwachung vorgesehenen Patienten operiert werden mussten. Dies war der Fall nach ca. 2 Jahren in der USA-Studie und nach 3 bis 4 Jahren in der europäischen Studie. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang erscheint die Tatsache, dass insbesondere Patienten mit einem Aneurysmadurchmesser von 45–50 mm zu fast 60 % im Laufe der ersten zwei Jahre operiert wurden. Bei Patienten, deren Aneurysmadurchmesser 50–54 mm betrug, lag der Anteil derjenigen, die operiert werden mussten, bei 90 %.

Zusammenfassend konnte man zeigen, dass, obwohl eine insgesamt niedrige Ruptur-Rate und damit einhergehend auch eine niedrige Sterblichkeit vorlag, ein überwiegender Anteil der Patienten dennoch in relativ kurzer Frist nach Aneurysmaentdeckung operiert wurden. Durch die Wartezeit jedoch verliert fast jeder 6. Patient die Chance noch minimalinvasiv operiert zu werden.

Diese Ergebnisse unterstützen uns weiterhin in unserem Handeln, Patienten mit einem Durchmesser ab 50 mm zu operieren, um ihnen eine bestmögliche, rechtzeitige und, so-

fern anatomisch machbar, minimalinvasive Intervention anzubieten. Die Frage, ob man Aneurysmen operieren sollte, die kleiner als 50 mm sind, wird demnach für die Chirurgie verneint. Aber die Patienten sollten behandelt werden. ASS 100, Statine, ggfs. Betablocker sowie eine Raucherentwöhnung können sich risikomindernd auswirken.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Jan S. Brunkwall
Klinik für Gefäßchirurgie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50931 Köln
jan.brunkwall@uk-koeln.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 11. November 2011
10:30–12:30 Uhr

SITZUNG 3

Aorta – zukünftige Behandlungsstrategien

Vorsitz: G. Fraedrich, Innsbruck;
M. Jacobs, Aachen; T. Kölbel, Hamburg

ANKÜNDIGUNG

11. bis 14. April 2012

78. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie



TAGUNGSTHEMA

Interventionelle kardiovaskuläre Therapie

TAGUNGSORT

Congress Center Rosengarten Mannheim (CCM)

TAGUNGSPRÄSIDENTIN

Prof. Dr. Ellen Hoffmann
Städt. Klinikum München GmbH
ellen.hoffmann@klinikum-muenchen.de

KONGRESSORGANISATION DER GESELLSCHAFT

Frau Vasilescu, Frau Wieland, Frau Hamm
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.
kongress@dgk.org

KONGRESS-ORGANISATION

m:con – mannheim:congress GmbH
Daniela Ruckriegel
daniela.ruckriegel@mcon-mannheim.de

Indikationen für CAS bei asymptomatischer Karotisstenose

Klaus Mathias, Dortmund

Karotisstenosen sind für ungefähr 20 % der ischämischen Schlaganfälle verantwortlich. Einige Stenosen kündigen dieses Ereignis durch Warnsymptome an und werden deshalb als symptomatische Stenosen bezeichnet. Warnsymptome sind flüchtige Sprachstörungen, sensible oder motorische Störungen der Gegenseite, die wenige Minuten bis 24 Stunden anhalten. Die Betroffenen haben in den Wochen nach diesem Ereignis ein erhöhtes Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, wobei sowohl kleine als auch große invalidisierende Hirninfarkte auftreten können.

Das Schlaganfallsrisiko liegt bei 15 % und hängt vom Stenosegrad ab. Das höchste Risiko haben Patienten mit einer Stenose von 80–90 %. Sind die Patienten 6 Monate ohne erneute Symptome, werden ihre Stenosen wieder als asymptomatisch klassifiziert, da ihr jährliches Schlaganfallsrisiko auf 3 bis 5 % abfällt.

Die größere Zahl der Stenosen ist asymptomatisch. Diese Patienten leben mit dem Risiko, einen Schlaganfall auch ohne vorangegangene Warnsymptome zu erleiden. Jedoch liegt das Risiko mit weniger als 5 % jährlicher Schlaganfallsrate deutlich niedriger als bei symptomatischen Stenosen, was für die Nutzen-Risiko-Betrachtung wesentlich ist. So haben diese Patienten von der Entfernung ihrer Karotisstenose nur einen Gewinn, wenn das Behandlungsverfahren eine niedrige Komplikationsrate hinsichtlich bleibender neurologischer Schäden von weniger als 3 % aufweist. Diese niedrige Komplikationsrate kann mit der offenen Operation und mit der Stentangioplastie der A. carotis in erfahrenen Händen erreicht werden. Daraus könnte man schließen, dass sich Patienten mit

einer hochgradigen asymptomatischen Karotisstenose solch einer Behandlung unterziehen sollten.

Studienlage

Der Nutzen der invasiven Behandlung beruht auf den Erkenntnissen randomisierter Studien und ist für die chirurgische Behandlung der symptomatischen Stenose sehr gut, für die der asymptomatischen Stenose ausreichend belegt. Bei der Karotisstenangioplastie ist die Datenlage schlechter. Die prospektiv randomisierten Studien in Europa (EV-3S, SPACE, ICSS) wurden mit überwiegend unerfahrenen Interventionalisten durchgeführt, erfüllen nicht die Kriterien der „Good Medical Practice“ und erlauben deshalb keine Bewertung der Verfahren. Die Studien, die in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt wurden, haben formal einen höheren Qualitätsstandard, da sie von der FDA vorgegebene Kriterien erfüllen müssen, vermischen aber oft die unterschiedlichen Risikogruppen der symptomatischen und asymptomatischen Karotisstenose. Außerdem sind sie durch Firmen unterstützt und be-

schränken den Interventionalisten auf die Produkte der jeweiligen Firma. Meist handelt es sich um Studien, die der Einführung der Medizinprodukte dienen. Verfolgt man die Resultate dieser Studien über die letzten 10 Jahre, sieht man eine fortlaufende Verbesserung der Ergebnisse mit technischen Erfolgsraten von fast 100 % und Komplikationsraten zwischen 1 % und 3 %.

Mit diesen Ergebnissen kann man annehmen, dass die Stentangioplastie der chirurgischen Behandlung hinsichtlich der Schlaganfallsprävention gleichwertig ist. Es bestehen aber Unterschiede zwischen beiden Verfahren. Die chirurgische Behandlung ist von einer etwas höheren Rate an Herzinfarkten und von Hirnnervenschäden begleitet. Auch die Mortalität ist in mehreren Studien höher, jedoch ist der Unterschied zur endovaskulären Behandlung statistisch nicht signifikant. Die Stentangioplastie verursacht mehr neurologische Reaktionen, die von transienten ischämischen Attacken bis zu kleinen Schlaganfällen reichen. Sowohl die Hirnnervenschäden als auch die kleinen Schlaganfälle sind in den meisten



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Klaus Mathias

Fällen nach wenigen Wochen asymptomatisch.

Keine generelle Therapieempfehlung

Bei dieser Sachlage könnte man Patienten mit einer hochgradigen Karotisstenose empfehlen, sich endovaskulär oder offen chirurgisch behandeln zu lassen. Die Situation ist aber differenzierter zu sehen. So haben die Patienten von dem Eingriff statistisch nur einen Nutzen, wenn sie noch mindestens 2,5 Jahre leben. Erst mit einer Lebenserwartung von 5 Jahren, schneiden die behandelten Patienten eindeutig besser als die unbehandelten ab. Damit sind das Lebensalter und die Komorbidität beim Patienten mit asymptomatischer Stenose für die Indikation zu einem Eingriff wesentlich.

Eine weitere Entwicklung der letzten Jahre nimmt zusätzlich Einfluss auf die Therapieentscheidung. In den älteren Studien, die die Behandlung entweder mit Medikamenten oder mit der Beseitigung der Karotisstenose verglichen haben, war die konservative Therapie auf die Gabe von Plättchenaggregationshemmern beschränkt. In der vergangenen Dekade wurde die Therapie aber mit Statinen und ACE-Hemmern ergänzt. Dadurch wurde das Schlaganfallsrisiko zusätzlich gesenkt. Es liegt gegenwärtig um 1 % jährlich, im Rahmen von Studien mit der dann besseren Patientencompliance unter 1 %. Unter dem Gesichtspunkt der Schlaganfallsprävention ist es deshalb gegenwärtig nicht möglich, eine generelle Therapieempfehlung abzugeben. Bis Studien die Zusammenhänge geklärt haben, welche Patienten von den drei Behandlungsoptionen den größten Nutzen haben, werden noch mehrere Jahre vergehen.

Was soll man dem Patienten mit der asymptomatischen Karotisstenose heute raten?

Die Therapiewahl sollte zahlreiche Faktoren berücksichtigen wie Lebenserwartung, Komorbidität, Gefäßanatomie, zerebrale pathologische Veränderungen, Einengung oder Verschluss mehrerer hirnversorgender Arterien und bevorstehende große Operationen. Lebenserwartung und Komorbidität korrelieren miteinander, soweit es sich um symptomatische kardiologische Leiden, renale, pulmonale oder hepatische Insuffizienz, eine fortgeschrittene arterielle Verschlusskrankheit oder eine palliativ behandelte Tumorerkrankung handelt. Mit größter Wahrscheinlichkeit wiegen diese Krankheiten für das Schicksal des Patienten schwerer als die asymptomatische Karotisstenose, so dass ein Eingriff nicht gerechtfertigt ist. Diese Patienten sollten lediglich eine medikamentöse Behandlung erhalten, die nicht nur das Schlaganfallsrisiko senkt, sondern sich zugleich günstig auf andere Manifestationen der arteriellen Verschlusskrankheit auswirkt.

Die Gefäßanatomie kann die Wahl des Behandlungsverfahrens beeinflussen, da stark elongierte Arterien den Zugang zur Stenose erschweren und das Risiko erhöhen. Das betrifft vor allem Patienten mit langjährigem, unzureichend behandeltem Hochdruckleiden und für hochbetagte Patienten. Auch bei einer schweren ulzerierenden und thrombotischen Arteriosklerose des Aortenbogens und der A. carotis communis ist das Eingriffsrisiko erhöht, da die Sondierung der A. carotis communis technisch schwieriger ist und die Wahrscheinlichkeit, Embolien auszulösen, wächst. In diesen Fällen

FORTSETZUNG AUF SEITE 5

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Pridax®: Einfach und hochwirksam bei PAVK*!

Mit Pridax® steht Ihnen eine einfache und hochwirksame Prostaglandin E1-Lösung zur Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit* (PAVK) zur Verfügung.

Die 1 ml Ampulle Pridax® enthält 20 Mikrogramm Alprostadil bereits in gelöster Form als Infusionslösungskonzentrat. Durch die innovative Galenik wird der Arbeitsaufwand verringert und damit die Zahl potenzieller Fehlerquellen reduziert. Dies bedeutet gleichzeitig eine Erhöhung der Sicherheit in der Anwendung. Pridax® ist als verdünnte Infusionslösung zu verabreichen.

Auf die langfristige Wirksamkeit wird in der Fachinformation explizit hingewiesen

Die Infusion mit Pridax® führt bei Therapie der PAVK zu einer Verminderung oder völligen Aufhebung des Ruheschmerzes sowie zu einer partiellen oder vollständigen Abheilung ischämischer Ulzera [4, 5]. Darüber hinaus kann die maximale Gehstrecke von PAVK-Patienten im Stadium III unter 3-wöchiger PGE1-Therapie um 85 % verbessert werden [1]. Das durch die Pridax®-Infusion

verbesserte klinische Stadium hält auch nach Behandlungsende etwa 1 Jahr an [3].

Zulassung nach aktuellen europäischen Richtlinien

Pridax® ist nach den aktuellen, europäischen Richtlinien der EMA (European Medicines Agency) im Rahmen eines DCP (Decentralised Procedure) Verfahrens zugelassen worden. Im Rahmen dieses EU-harmonisierten Verfahrens fungierte Österreich als RMS (Reference Member State) und Deutschland als CMS (Concerned Member State).

Aufgrund der Bezugnahme auf die österreichischen Zulassungsunterlagen des Originalproduktes, bei dem Alprostadil in einer Alfadex-Einschlussverbindung vorliegt, war Pridax® zunächst in der prä- und postoperativen Phase sowie während einer Operation kontraindiziert. Aus dieser Bezugnahme resultierte auch die Nennung der Nebenwirkung

Apnoe als häufige Begleiterscheinung der Infusionstherapie mit Prostaglandin E1 zur Behandlung der PAVK in der Fachinformation zu Pridax®. Anfang 2011 wurde aufgrund der positiven Erkenntnisse aus dem verbreiteten Einsatz mit Pridax® die Fachinformation in Deutschland überarbeitet. Dies führte dazu, dass Pridax® seit März 2011 in der operativen Phase nicht mehr kontraindiziert ist. Wie für alle vasoaktiven

Substanzen gilt jedoch auch für Pridax®, dass bei Einsatz in der prä- und postoperativen Phase sowie während der Operation besondere Vorsicht geboten ist. Des Weiteren wird die Nebenwirkung Apnoe in der Fachinformation nicht mehr als Nebenwirkung der PAVK-Therapie mit Pridax® aufgeführt.

Aufgrund der besonderen Eigenschaften von Alprostadil empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin die Behandlung mit Prostanoiden als einzige geeignete medikamentöse Behandlungsmethode bei Patienten mit kritischer Extremitätenischämie,

die nicht für eine Revaskularisierung geeignet sind (Empfehlungsgrad A, Evidenzklasse 1) [2]. Mit Pridax® steht Ihnen Alprostadil in innovativer Galenik mit hoher Wirksamkeit zur Verfügung.

*Stadium III und IV nach Fontaine, wenn eine lumenverengende Therapie nicht möglich oder erfolglos ist.

LITERATUR

- 1 Diehm C et al. Intravenöse Prostaglandin E1-Therapie bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (AVK) im Stadium III – eine doppelblinde, placebo-kontrollierte Studie. Prostaglandin E1, Springer Verlag 1988: 133-43.
- 2 Lawall H et al. Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), AWMF-Register Nr. 065/003; S. 55 ff.
- 3 Fachinformation zu Pridax®, Stand Juni 2011.
- 4 Stiegler H et al. Placebokontrollierte, doppelblinde Studie zur Wirksamkeit von i.v. Prostaglandin E1 bei Diabetikern mit AVK im Stadium IV. Vasa 1992; 21, Suppl. 35: 164-6.
- 5 Trübestein G et al. Intravenous prostaglandin E1 versus pentoxifylline therapy in chronic arterial occlusive disease – a controlled randomised multicenter study. Vasa 1989; Suppl. 28: 44-9.



FORTSETZUNG VON SEITE 4

Indikationen für CAS bei asymptomatischer Karotisstenose

wäre die chirurgische oder medikamentöse Therapie vorzuziehen. Pathologische Hirnveränderungen können die Indikation für eine invasive Therapie unterstützen, wenn sich klinisch stumm abgelaufene Hirninfarkte zeigen. Man darf dann annehmen, dass die Stenose trotz fehlender klinischer Zeichen für die Infarkte verantwortlich ist, wenn das Stromgebiet der jeweiligen A. carotis betroffen ist. Kleine Infarkte in anderen Stromgebieten sprechen eher für eine Mikroangiopathie oder eine kardiale Streuquelle. Umgekehrt ist bei fortgeschrittenem zerebralem Abbau, vor allem bei einer Demenz sowie einer ausgeprägten vaskulären Leukoencephalopathie von einem Eingriff Abstand zu nehmen. Eine der Krankheitsursache angepasste konservative Therapie ist angezeigt. Sind mehrere Hirnarterien verschlossen oder hochgradig eingeeengt, nimmt das Infarktrisiko zu, insbesondere können hämodynamisch bedingt Hirninfarkte auftreten, die sonst eher selten sind (<5 %). Wir empfehlen diesen Patienten eine Stentangioplastie, da die medikamentöse Therapie das hämodynamische Risiko nicht beeinflusst. Die Karotischirurgie geht bei Stenose und Verschluss mehrerer Halsgefäße mit einem erhöhten Schlaganfallrisiko einher, wie SPACE (13 % Schlaganfälle) und früher auch NASCET (14,7 % Schlaganfälle) bei kontralateralem Karotisverschluss gezeigt haben. Das Risiko der endovaskulären Therapie wird dagegen durch diese zusätzlichen Läsionen der hirnversorgenden Arterien nicht ungünstig beeinflusst.

Vor großen chirurgischen Eingriffen ist die Beseitigung der Karotisstenose nur anzuraten, wenn der Stenosegrad hoch ist (>80 %), mit einem wesentlich abgesenkten Blutdruck (systolisch <100 mmHg) während der Operation und mit einem hämodynamischen zerebralen Problem gerechnet werden muss. Eine routinemäßige Beseitigung der Karotisstenose vor Operationen ist nicht anzuraten, da das Infarktrisiko klein ist und die Patienten nach der Stentangioplastie für mindestens 4 Wochen eine duale Thrombozytenfunktionshemmung benötigen. Danach genügt eine Monotherapie mit Plätt-

chenfunktionshemmern, unter der die meisten Operationen möglich sind.

Ausblick

Abschließend soll noch ein Ausblick auf eine wünschenswerte künftige Diagnostik getan werden. Asymptomatische Karotisstenosen können ohne Warnsymptome einen Schlaganfall verursachen. In der großen Gruppe der asymptomatischen Karotisstenosen befinden sich somit

Läsionen, die zu embolischen Streuquellen werden können. Um die Patienten herauszufinden, bei denen das Plaque instabil und embologen wird, ist ein diagnostisches Verfahren erforderlich, das einfach durchzuführen ist und einen hohen prädiktiven Wert besitzt. Untersuchungen mit hochauflösender Magnetresonanztomographie, mit nuklearmedizinischen Tracern, die Entzündungsreaktionen anzeigen, und mit Kontrastmittelverstärkter

Sonographie, die eine Neovaskularisation im Plaque erkennen lassen, wurden und werden durchgeführt. Ihr Nutzen für die Therapieentscheidung ist jedoch noch unklar.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Klaus Mathias
Radiologische Klinik
Klinikum Dortmund
Beurhausstraße 40
44123 Dortmund
klaus.mathias@klinikumdo.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 12. November 2011
8:30–10:30 Uhr

SITZUNG 6**Asymptomatische Carotis-Stenose – Pille, Messer oder Stent?**

Vorsitz: H.-H. Eckstein, München; K. Mathias, Dortmund; R.I. Rückert, Berlin

INFO

**Das umfangreiche
MedReport-Archiv
im Internet:
www.medreports.de**



Was ist „Gute Medizin“ und wie kann man sie messen?

Hans Alsen, Berlin

Im Zusammenhang mit seiner Bewerbung zum Präsidenten der Deutschen Ärztekammer fordert Frank Ulrich Montgomery mehr Geld für gute Medizin [1]. Wenn man im Internet die Seite aufruft: „Für gute Medizin in Bayern“ wird man auf die Homepage der Bayerischen Ärztekammer geleitet [2]. In diesen beiden Fällen, wie auch in vielen anderen, wird keine Definition für „Gute Medizin“ gegeben, sondern es wird an Beispielen diskutiert, wann „Gute Medizin“ betrieben wird und wann nicht.

Im Artikel von Professor Hugo Van Aken und anderen [3]: „Schlechte Zeiten für gute Medizin“ wird über die Probleme der Weiterbildung von Ärzten im Zeitalter der Fallpauschalen berichtet, aber erneut gute Medizin nicht definiert. Den zitierten Stellen ist der Gedanke gemeinsam, dass gute Medizin angestrebt und zurzeit in Deutschland auch praktiziert wird, sie aber durch ökonomische Vorgaben der Politik und Kostenträger gefährdet ist.

Wenn man „Gute Medizin“ messen will, muss der Begriff eindeutig definiert werden. Dies soll in zwei Schritten geschehen: erstens Voraussetzungen benennen und zweitens eine Definition zu geben.

Gute Medizin muss Wert schaffen

In seinem Artikel: What Is Value in Health Care? [4] definiert Michael E. Porter „Wert der Medizin“ und führt aus, dass das Fehlen eindeutiger Ziele in der Gesundheitsversorgung

(health care) und die Interessenkonflikte der Stakeholder zu uneinheitlichen Herangehensweisen und zu geringen Fortschritten in der Qualitätsentwicklung führe. Weil Wert auf „Ergebnissen für die Patienten“ beruhe, nicht auf „Inputs“, müsse Wert in der Gesundheitsversorgung am erreichten Outcome gemessen werden, nicht am der Umfang der erbrachten Leistungen. Den Fokus vom Umfang auf den Wert zu verändern sei eine Herausforderung. Messen könne man Wert durch den Quotienten aus Ergebnis durch Kosten [5]. Gute Medizin muss Wert schaffen, wie er hier definiert ist.

Vollständige Fehlerfreiheit ist eine Illusion

Behandlungsfehler reduzieren den oben beschriebenen Wert. Für Patienten ist Fehlerfreiheit über eine ökonomische Betrachtung hinaus wichtig. Statistisch betrachtet ist vollständige Fehlerfreiheit eine Illusion, es kann aber gelingen, Fehler weitge-

hend zu vermeiden. Wesentliche Hilfe dazu sind geregelte Prozesse, wie eine Arbeit aus den Niederlanden belegt [6]. Bei der Aufklärung über elektive Verfahren muss auch über das Risiko von Behandlungsfehlern gesprochen werden, um Patienten die Möglichkeit zu geben, eine informierte Zustimmung zu geben. In Fällen, in denen nach Einschätzung des Arztes Alternativen zur geplanten Maßnahme nicht in Betracht kommen, verunsichert die Diskussion über mögliche Fehler und hilft bei gemeinsamen Entscheidungen von Arzt und Patient nicht.

Heilkunst und Nutzen

Kostenbetrachtung und aus der Ökonomie stammende Wortwahl wird in einem kürzlich erschienen Artikel von Hartzband kritisiert und deren Auswirkungen auf die Medizin problematisiert [7]. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient hat neben einer Lieferanten-Kunden-Beziehung noch spezifische andere Eigen-

schaften. In seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“ [8] beschreibt Lown wesentliche Teile dieser zusätzlichen Beziehung. In der Charakterisierung seines klinischen Lehrers hebt er dessen enorme Fähigkeit hervor, Informationen aus Anamnese und Befund zu werten und aus diesen Informationen korrekte Diagnosen zu stellen. Er selbst beschreibt seine Art der Medizin als Mischung von „Heilkunst“ und Nutzen letzter wissenschaftlicher Erkenntnisse. Im gesamten Buch fällt auf, dass in Lowns Sicht die Arzt-Patienten-Beziehung asymmetrisch ist. Patienten sind im Wesentlichen abhängig vom Wissen und Engagement des Arztes, auf den er mehr oder weniger zufällig trifft. In Lowns Wahrnehmung sind Patienten eindeutig keine sich auf einem übersichtlichen Markt frei bewegenden Kunden. Zu fragen ist, ob diese sehr traditionelle Betrachtungsweise heute noch eine Beschreibung „Guter Medizin“ ist.

Aus diesem Buch kann man lernen: Zentrale Bedingung für „Gute Medizin“ ist das Interesse des Arztes an der Person des Patienten und die Übernahme gemeinsamer Verantwortung zusammen mit dem Patienten für dessen Gesundheit.

Über Lown hinaus gehört aus heutiger Sicht zur „Guten Medizin“, Patienten in Entscheidungen einzubeziehen. Informationen für Patienten sind umfangreich vorhanden, deren Interpretation und Wertung aber schwierig, sodass nicht nur

zuhören, sondern auch miteinander diskutieren und erörtern unverzichtbar ist.

Sich kümmern

Gute Medizin zeigt sich in Einzelbeziehungen zwischen Arzt und Patient, wenn die oben beschriebenen Voraussetzungen von Wert und Fehlerfreiheit erfüllt sind. Hier ist eine quantitative Bewertung nicht möglich, aber qualitative Merkmale können überprüft werden, wie Zeitaufwand und Konzentration bei Anamnese und Befund, systematische individuelle Behandlungsplanung unter Einbeziehung des Patienten und das Ausmaß der Verantwortung, die für den Fortgang der Behandlung übernommen wird. Wir messen den Parameter: „Sich kümmern“.

REFERENZEN

- 1 Hamburger Abendblatt 30.5.2011.
- 2 www.blaek.de/docs/pdf_info/Flyer_blaek.pdf
- 3 Frankfurter Allgemeine Zeitung, 16. Mai 2007, S. 8.
- 4 N Engl J Med 363; 26.
- 5 „Since value depends on results, not inputs, value in health care is measured by the outcomes achieved, not the volume of services delivered, and shifting focus from volume to value is a central challenge. ebd.
- 6 N Engl J Med 363; 1928.
- 7 N Engl J Med 365; 15.
- 8 Bernhard Lown. Die verlorene Kunst des Heilens, Stuttgart 2002.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Hans Alsen
Qualitätskoordination
DRK Kliniken Berlin
Brabanter Straße 18-20, 10713 Berlin
h.alsen@drk-kliniken-berlin.de

Netzwerk CIRS-Berlin

Christa Markl-Vieto Estrada, Berlin

Zur Förderung der Fehlererkennung und Fehlervermeidung haben die Ärztekammer Berlin (ÄKB), das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und ca. 20 Berliner Kliniken ein regionales Netzwerk gegründet. Das Thema Sicherheitskultur ist ein zentrales Thema in Einrichtungen der Patientenversorgung. Von Haftpflicht-Versicherern wird immer häufiger die Einführung eines CIRS (Critical Incident Reporting System) eingefordert.

Ziel eines CIRS ist es, unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Fehler bewusst wahrzunehmen und die organisationsbedingten Ursachen zu identifizieren, anstatt sich auf die Frage zu konzentrieren, wem die persönliche Verantwortung für das jeweilige Problem zugeordnet werden kann. Die Identifikation von Ursachen für solche oftmals dem System zuzuordnenden Fehlerquellen können dann, indem sie öffentlich gemacht werden, in ähnlichen Situationen anderen Einrichtungen helfen, Fehler und Schäden bereits im Vorfeld zu vermeiden.

Bisher sind diese Berichtssysteme allerdings fast nur einrichtungsintern oder auf nationaler Ebene etabliert. Eine regional organisierte Vernetzung der Kliniken, innerhalb derer Erfahrungen im Umgang mit CIRS ausgetauscht werden können, existiert nur in wenigen Fällen, so z. B. in Bremen exklusiv für Kinderkliniken der Region.

Ende 2007 begannen deshalb die Ärztekammer Berlin (ÄKB) und das

Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit dem Aufbau eines gemeinsamen lokalen Erfassungsnetzwerks auf der Basis des bereits etablierten „CIRSmedical.de“.

Ziel und Inhalt

Das Ziel des „Netzwerks CIRS Berlin“ ist der Aufbau eines regionalen Berliner Netzwerks mit stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen, die ein CIRS bereits eingeführt haben, oder einführen werden. Durch die Zusammenführung einer möglichst großen Anzahl von Berichten aus Berliner Einrichtungen in einer gemeinsamen Datenbank des „Netzwerks CIRS-Berlin“ können häufig und/oder systematisch auftretende Fehlerquellen erkannt und – wo es sinnvoll ist – für die Region gemeinsame Lösungen zu deren Behebung gefunden werden.

In der Pilotphase des Projektes haben ausschließlich Kliniken teilgenommen. Im weiteren Verlauf erhalten auch niedergelassene Ärzte in Praxen

und Medizinische Versorgungszentren die Möglichkeit zur Teilnahme.

Wahrung der Anonymität

Die Anonymität der Berichtenden, der Einrichtung und nicht zuletzt der Patienten hat oberste Priorität. Deshalb werden alle für das „Netzwerk CIRS-Berlin“ bestimmten Berichte aus den Einrichtungen – bevor sie zur offenen Einsicht freigegeben werden – von Vertrauenspersonen in der Einrichtung und zusätzlich vom ÄZQ auf ihre Anonymität hin geprüft und bei Bedarf nachträglich anonymisiert.

Struktur und Ergebnisse

Für die inhaltliche Arbeit im „Netzwerk CIRS-Berlin“ werden Gremien etabliert und ergänzende Fortbildungen angeboten. Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Anwender-Foren (Zusammenkünfte der Projektverantwortlichen aus den Einrichtungen) und bei den bei Bedarf stattfindenden lösungsorientierten Fachforen findet eine konti-



Christa Markl-Vieto Estrada

nuierliche Weiterentwicklung des Projektes statt.

Die Ärztekammer Berlin organisiert den Aufbau und die Koordination des „Netzwerks CIRS-Berlin“. Sie lädt zu den jeweiligen Treffen der Foren und Fachgruppen ein, stellt den Informationsfluss zwischen den verschiedenen Gremien sicher und unterstützt die Beteiligten organisatorisch.

Das ÄZQ organisiert die technischen Voraussetzungen zur Einrichtung von Untergruppen (klinikerinterne CIRS, die mit individuell ausgestatteten Service-Tools die interne Entwicklung im Umgang mit Fehlern unterstützt) und stellt die Anonymisierung der Berichte sicher. Vierteljährlich stellt das ÄZQ Übersichten über Meldehäufigkeit, Berichte pro Fachgruppe, Häufigkeit der betroffenen Fehlerkategorien etc. zusammen, die dann als Diskussionsgrundlage für das Anwenderforum dienen.

Weitere Informationen:
www.cirs-berlin.de
C. Markl-Vieto, Tel. 408061400,
Fax 40806 55 1400, c.markl@aekb.de
Dr. K. Werner, Tel. 408061403,
Fax 40806 55 1403, k.werner@aekb.de

KORRESPONDENZADRESSE

Christa Markl-Vieto Estrada M.A.
Abteilung Fortbildung und
Qualitätssicherung
Ärztekammer Berlin K.d.ö.R.
Friedrichstraße 16
10969 Berlin
c.markl@aekb.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag 12. November 2011
11:00–12:30 Uhr

SITZUNG 7

Qualität in der Gefäßmedizin – gemeinsame Anstrengungen nötig!

Vorsitz: H. Wenk, Bremen; E. S. Debus, Hamburg; A. Hinrichs, Berlin

ANKÜNDIGUNG

30. Nov. – 3. Dez. 2011

DIVI Kongress 2011

KONGRESSORT

Congress Center Leipzig

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Gerhard Jorch
Universitätskinderklinik
39120 Magdeburg

KONGRESSORGANISATION

K.I.T. Group GmbH
Association & Conference
Management
Roberta Odebrecht
Kurfürstendamm 71
10709 Berlin

www.divi2011.de

IMD und Plaque-Score Welchen Nutzen hat die bildgebende Gefäßwanddiagnostik?

Peter Marschang, Innsbruck

Die Messung der Intima Media Dicke (IMD) sowie der Nachweis atherosklerotischer Plaques mittels Ultraschall ermöglicht einen direkten Blick auf frühe Gefäßwandveränderungen, welche späteren klinischen Ereignissen im Jahre vorausgehen können. Üblicherweise werden diese Befunde im distalen Abschnitt der Arteria carotis communis erhoben, aber prinzipiell können auch andere, oberflächlich gelegene Gefäße, wie zum Beispiel die Arteria femoralis, evaluiert werden.

Aufgrund des meist generalisierten Auftretens atherosklerotischer Wandveränderungen kann von dem Grad des atherosklerotischen Befalls im Stromgebiet der Carotis auf ähnliche Veränderungen in anderen Stromgebieten, zum Beispiel den Koronararterien, zurückgeschlossen werden. Damit stellt die sonographische Untersuchung der Carotiden eine einzigartige, nichtinvasive, den Patienten nicht belastende bildgebende Untersuchungsform dar, welche innerhalb weniger Minuten einen direkten Blick auf frühe oder auch fortgeschrittenere atherosklerotische Veränderungen erlaubt.

Methodik

Trotz dieser prinzipiell idealen Voraussetzungen ist die Methode der Risikostratifizierung mittels Carotis-sonographie nicht unumstritten.

sklerotischer Plaques ungleich schwieriger und aufwendiger. Neben einfachen Plaquescores, bei der Punkte pro Gefäßsegment verteilt werden, und der Unterscheidung weicher von harten Plaques (Abb. 2) wurden differenziertere Methoden zur Plaquedifferenzierung und Größenbestimmung vorgeschlagen. Dazu zählen Methoden zur qualitativen (z. B. Gray-Weale Score, Gray scale median Score) und quantitativen (2D- bzw. 3D-Planimetrie) Plaquebestimmung. Gemeinsam haben diese zum Teil relativ komplexen Algorithmen den gravierenden Nachteil, dass entweder in der Praxis nicht immer erreichbare ideale Schallbedingungen vorausgesetzt werden oder dass die Untersuchungsmethodik für eine breite Anwendung in der Praxis zu komplex und auch zu teuer ist.

Datenlage noch widersprüchlich. Eine rezente Metaanalyse bescheinigt der IMD, ein unabhängiger Risikofaktor für einen zukünftigen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu sein [2]. Demgegenüber führte in einer vor kurzem durchgeführten Analyse der Framingham-Offspring-Kohorte nur die maximale IMD in der Arteria carotis interna, nicht aber die üblicherweise in Studien gemessenen mittlere IMD in der Arteria carotis communis, zu einer mäßiggradigen Verbesserung des prädiktiven Voraussagewertes eines etablierten Risikoscores (Framingham risk score) [3]. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage, bei welchen Individuen die IMD gemessen werden sollte. Die gemeinsame Leitlinie der American Heart Association und des American College of Cardiology von 2010 empfehlen die Messung der IMD bei

xisrelevant sind Ansätze, welche die Messung der IMD mit der Quantifizierung von Plaques kombinieren. Dabei wurde im Rahmen der ARIC-Studie gezeigt, dass die Verbreiterung der IMD im Kontext von nachweisbaren Plaques zu einer inkrementellen Zunahme des koronaren Risikos führt [6]. Eine besonders interessantes Ergebnis brachte die CAFES-CAVE-Studie, in der die Verbreiterung der IMD sowie der Nachweis von nichtstenosierenden und stenosierenden Plaques in der Carotis- und Femoralisbifurkation die 10-Jahresrate an kardiovaskulären Ereignissen in dieser populationsbasierten Studie überraschend gut voraussagen konnte [7]. In dieser Studie wurden über 98 % der kardiovaskulären Ereignisse und alle Todesfälle in dem 10 Jahre dauernden Follow-up in den Individuen mit nachweisbaren Veränderungen in diesen beiden Gefäßbereichen beobachtet (Tab. 1). Diese beiden, an jeweils großen Patientenkollektiven gewonnene Studienergebnisse legen nahe, dass eine kombinierte Detektion erhöhter IMD-Werte zusammen mit dem Nachweis von Plaques die ideale Methode zur Früherkennung eines kardiovaskulären Risikos darstellen könnte.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die sonographische Bestimmung der IMD und der Nachweis von atherosklerotischen Plaques eine einfach durchzuführende und ver-

lässliche Methode darstellt, um das kardiovaskuläre Risiko abzuschätzen. Bei der derzeit vorliegenden Datenlage lässt sich die Frage, ob damit eine signifikante Verbesserung im Vergleich zu klinischen Risikoscores erzielt werden kann, nicht abschließend beantworten.

LITERATUR

- 1 Touboul et al. Cerebrovasc Dis 2007; 23: 75-80.
- 2 Lorenz et al. Circulation 2007; 115: 459-67.
- 3 Polak et al. N Engl J Med 2011; 365: 213-21.
- 4 Greenland et al. Circulation 2010; 122: e584-636.
- 5 Lorenz et al. Am Heart J 2010; 159: 730-36.
- 6 Nambi et al. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 1600-07.
- 7 Belcaro et al. Atherosclerosis 2001; 156: 379-87.

KORRESPONDENZADRESSE

Ao.Univ.-Prof. Dr. Peter Marschang
Universitätsklinik für Innere Medizin I
Anichstraße 35
6020 Innsbruck, Österreich
peter.marschang@i-med.ac.at

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 11. November 2011
8:00–10:00 Uhr

SITZUNG 2

**Angiologisches Forum –
Früherkennung und Prävention
von Gefäßerkrankungen**
Vorsitzende: C. Fahrig, Berlin;
M. Naundorf, Berlin; Th. Bürger, Kassel

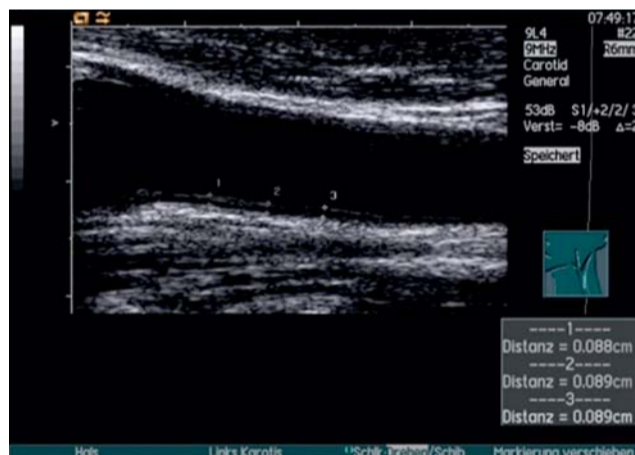
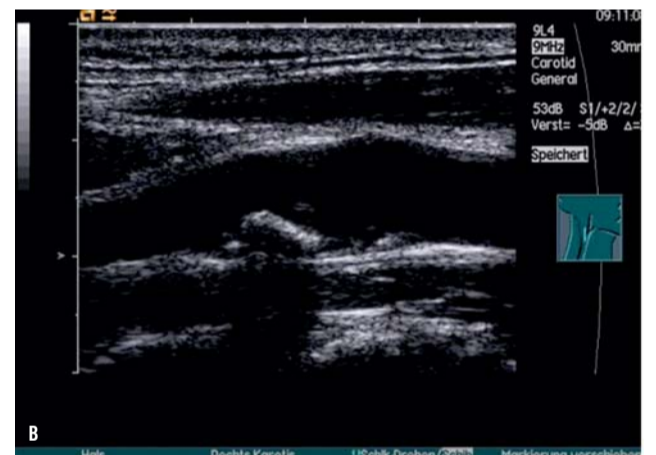


Abb. 1: IMD-Messung in der distalen Arteria carotis communis.



Abb. 2: Weiche (A) und harte (B) Plaques in der Arteria carotis. Nach dem Mannheim Consensus ist eine Plaque definiert als eine fokale Struktur, welche insgesamt eine Dicke von mindestens 1,5 mm aufweist oder mindestens 0,5 mm bzw. 50 % der umgebenden IMD ins Lumen hineinreicht.



Tab. 1: Kardiovaskuläre Ereignisse in Abhängigkeit von der IMD und Plaques in der CAFES-CAVE Studie. Nach Belcaro et al. (7). MI Myocardial infarction. PAD Peripheral artery disease.

Class	n (%)	MI	Stroke	PAD	Death	Total	10y risk
I normal	7989 (80 %)	10	0	0	0	10	0,1 %
II IMT >1 mm	930 (9 %)	71	8	2	0	81	8,7 %
III plaque	611 (6 %)	168	48	23	10	239	39,1 %
IV stenosis	470 (5 %)	238	73	70	51	381	81,1 %
Total	10.000	487	129	95	61	711	

Einer der Hauptkritikpunkte ist die mangelnde Standardisierung der Methodik der IMD-Messung (Abb. 1). Auch wenn diesbezüglich Empfehlungen von internationalen Expertengremien – wie zum Beispiel der Mannheim-Consensus [1] – vorliegen, werden in der wissenschaftlichen Literatur weiterhin unterschiedliche Mess-Orte und Messparameter (mittlere versus maximale IMD) zur Bestimmung der IMD angegeben. Im Vergleich zur Messung der IMD ist die genaue Quantifizierung athero-

Voraussage kardiovaskulärer Ereignisse

Auch wenn der prädiktive Wert einer erhöhten IMD und von atherosklerotischen Plaques mittlerweile als gesichert gilt, stellt sich die Frage, ob der Aufwand der Untersuchung – zusätzlich zu etablierten, einfach zu bestimmenden Risikoscores – gerechtfertigt ist. In anderen Worten gilt es zu beweisen, dass das Ergebnis der Carotisuntersuchung das Risikoprofil zusätzlich zu bekannten Scores verändert. Hier ist die derzeitige

asymptomatischen Erwachsenen mit intermediärem kardiovaskulären Risiko (5–20 % 10-Jahresrisiko) (Klasse-IIa-Empfehlung, Evidenzlevel B) [4]. Anzumerken bleibt noch, dass die Evidenzlage für die nicht selten durchgeführten Verlaufskontrollen der IMD beschränkt ist, womit sich ein laufendes internationales Projekt (PROG-IMT) beschäftigt [5].

Kombination von IMD-Messung und Plaque-Detektion

Interessant und vor allem auch pra-

ANKÜNDIGUNG

1. bis 4. Februar 2012

– Klinische Forschung – Brücke zur Zukunft –

56. Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH)

JOINT MEETING: GTH & Italian Associations of Hemophilia and Thrombosis

TAGUNGSORT

St. Gallen, Schweiz

TAGUNGSPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Wolfgang Korte
Kantonsspital
Institut für Klinische Chemie u. Hämatologie
Rorschacher Strasse 95
9007 St. Gallen, Schweiz

<http://gth2012.org>

„Best medical treatment“ für die asymptomatische Karotisstenose Ist Deutschland bereit?

Hans-Joachim Lutz et al.*, Wittlich

Die Indikation zur operativen Therapie der hochgradigen, asymptomatischen Karotisstenose basiert auf den RCTs der 80er und 90er Jahre. Derzeit gewinnt die Meinung, dass eine optimierte Therapie mit neuen Medikamenten (Statinen, ACE-Hemmern, AT1-Inhibitoren, Clopidogrel), die zum Zeitpunkt der RCTs noch nicht verfügbar waren, einer operativen Therapie überlegen sein könnte, an Gewicht. Ziel der Studie ist es zu zeigen, wie effektiv Patienten behandelt sind, die zur Karotisoperation aufgenommen werden.

Methoden

Prospektiv angelegte Datenbank. Untersucht wurde ob, mit welchen Medikamenten und mit welchem Erfolg die Begleiterkrankungen arterielle Hypertonie, Hyperlipoproteinämie und Diabetes mellitus behandelt wurden. Gleichzeitig wurde erhoben mit welcher „Antikoagulation“ Patienten zur Operation aufgenommen wurden.

Ergebnisse

108 konsekutive Patienten wurden im Zeitraum 1.01.2009 bis 30.03.2010 operiert. Davon 13 im Intervall beidseits. 95 Patienten (70m/25w; 39 symptomatisch/56 asymptomatisch) wurden in die Studie eingeschlossen.



Dr. Hans-Joachim Lutz

Von diesen wurden 52,1 % mit einem Statin behandelt, wovon bei 45 % der Patienten ein LDL >100 mg/dl nachzuweisen war. Von 32 eingeschlossenen Diabetikern hatte nur einer einen HbA1c Wert <6 %. Nur 4 Patienten, davon einer mit einer symptomatischen Karotisstenose wurde mit Clopidogrel behandelt. Im perioperativen Verlauf wurde bei 3 Patienten eine Optimierung der Blutdruckeinstellung notwendig.

Schlussfolgerungen

Die Möglichkeiten des „best medical treatment“ der Karotisstenose werden in Deutschland im klinischen Alltag bislang nur ungenügend genutzt. Die Gründe hierfür bleiben unklar. Umfassende Aufklärung ist notwendig. Space 2 könnte mit weiterführenden Ergebnissen dazu beitragen.

*Weitere Autoren: R. Sacuiu, B. Gahl und H. Savolainen

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Hans-Joachim Lutz
Klinik für operative und endovaskuläre
Gefäßchirurgie
Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich
Koblenzerstraße 91
54516 Wittlich
h.lutz@verbund-krankenhaus.de

Magna-Crosse Update zur Neoangiogenese- forschung

Norbert Frings, Anne-Christine Frings, Bad Bertrich & Reinhard Fischer, Wattwil (Schweiz)

In den Jahren 2003 und 2006 hat Fischer sich in zwei Publikationen ausführlich mit dem Problem der postoperativen Neoangiogenese (NA) nach Magna-Crossectomie befasst und Hypothesen für weitere Forschungsprojekte erstellt. Angesichts neuerer molekularbiologischer Erkenntnisse und angesichts neuerer publizierter (Frings 2001) bzw. geplanter (Stenger multicenter, Frings monozentrisch) Studien, erscheint es sinnvoll, den neuen Wissensstand zu diesem Thema zusammenzufassen.

Die Neoangiogenese an der Magna-Crosse wird definiert als Ausbildung neuer venöser Gefäße zwischen dem ligierten Crosseinstumpf und der ligierten Magna oder ligierten Seitenästen bzw. anderen Gefäßen im Subkutangewebe. Ihre Existenz wird weitestgehend akzeptiert. Erklärungsversuche für den postoperativen Neoreflux beziehen sich auf eine echte Neovaskularisation, aber auch auf eine Dilatation eines präexistenten inguinale Varizenbeetes bzw. eines präexistenten lymphovenösen Netzwerkes. Zur Häufigkeit der NA gibt es unterschiedliche Zahlenangaben von 60 % nach 34 Jahren Nachuntersuchungszeit bis zu 1,5 % nach zwei Jahren. In größeren Studien stellt das OP-Fehler-bedingte Crossestadium aber immer noch die häufigste Ursache dar.

Material und Methode

In den vergangenen Jahren sind diverse OP-Techniken zur Reduzierung der Häufigkeit der NA publiziert worden, so zum Beispiel Naht der Faszia cribriformis, Abdeckung

des Crosseinstumpfes mit einem Mersilene-, Silikon- oder PTFE-Patch, Übernaht des Crosseinstumpfes, Exzision des Stumpfes aus der V. femoralis mit Naht sowie das Verfahren der extensiven Crossectomie mit zusätzlich fortlaufendem Nahtverschluss des Crosseinstumpfes.

Ergebnisse

Durch diese Techniken ließ sich eine Reduzierung der Neorefluxrate erzielen mit dem günstigsten Ergebnis von 1,5 % nach zwei Jahren. Diese Ergebnisse werden zurzeit in einer Multicenterstudie (Stenger) verifiziert. Eine Nullreduktion war bisher jedoch nicht möglich und wird sich wahrscheinlich auch nicht erzielen lassen.

Schlussfolgerung

Da keine der angegebenen OP-Techniken, die NA komplett verhindern kann, stellt sich die Frage nach dem eigentlichen pathogenetischen Mechanismus, welcher die NA induziert. Fischer hat diverse Patientencharakteristika in einer umfangreichen retrospektiven Studie erarbeiten

können, welche die Neorefluxrate erhöht haben: Vorliegen einer chronisch-venösen Insuffizienz; entzündliches Gewebe – Narbengewebe, frühere Schwangerschaften sowie postoperativ eingetretene Schwangerschaft, Übergewicht mit einem BMI über 29, kleine suprainguinale Inzision unter 3 cm (bei größerer Inzision keine Refluxsteigerung), Totalstripping bis zum Innenknöchel sowie postoperatives Leistenhämatom. Das Verfahren der extensiven Crossectomie oder ein Stumpfmanagement durch Exclusion oder unterschiedliche Ligaturmaterialien scheinen in dieser retrospektiven Erhebung jedoch nicht in der Lage zu sein, die postoperative NA-Rate statistisch signifikant zu senken.

Viele dieser Patientencharakteristika weisen darauf hin, dass molekularbiologische und inflammatorische Prozesse die postoperative NA induzieren.

Bei der Wundheilung kommt es zu einer Adhäsion von Thrombozyten an das Endothel mit Thrombozytenaggregation, Aktivierung der Gerin-



Dr. Norbert Frings

nungskaskade sowie Seziernierung von pro- und antiangiogenetischen Faktoren. Diese zellulären Interaktionen werden durch mehr als 30 Zytokine gesteuert (u. a. VEGF, IGF und NGF) sowie durch Cyclooxygenasen und Prostaglandine.

Das Vorliegen bzw. die Abwesenheit dieser molekularbiologischen Faktoren scheint entscheidend für die Induktion der Neoangiogenese zu sein. Hierin ist offensichtlich der eigentliche pathogenetische Mechanismus zu suchen, warum manche Patienten trotz korrekt durchgeführter Crossectomie einen postoperativen Reflux entwickeln und andere Patienten nicht. Es ist somit bereits auch früher der Gedanke geäußert worden, diesen Neoangiogenese fördernden Prozess medikamentös zu blockieren. In anderen Bereichen der Medizin hat man dieses bereits versucht, zum Beispiel durch die Präparate Avastatin und Lucentis. Für die Vene sind diese Stoffe jedoch nicht geeignet wegen zu hoher Kosten und zu häufiger Nebenwirkungen.

Ziel der weiteren Forschung muss es somit sein, alternative pharmakologische Angiogenesehemmstoffe zu entwickeln, welche folgende Voraussetzungen erfüllen müssen: effektiv, wenig Nebenwirkungen, kostengünstig und praktikabel. Eine Pilotstudie zu diesem Thema ist in Arbeit.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Norbert Frings
Capio Deutsche Klinik Bad Bertrich GmbH
Baederstraße 1
56864 Bad Bertrich
Norbert.Frings@de.capio.com

Vortrag gehalten anlässlich der 53. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP), 12. bis 15. 10. 2011 in Berlin.

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 12. November 2011
8:30–10:30 Uhr

SITZUNG 6

Asymptomatische Carotis-Stenose – Pille, Messer oder Stent?

Vorsitz: H.-H. Eckstein, München;
K. Mathias, Düsseldorf; R.I. Rückert, Berlin

IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND VERLAG

WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
A company of John Wiley & Sons, Inc.
Rotherstraße 21, 10245 Berlin
Tel.: 030 / 47 0 31-432
Fax: 030 / 47 0 31-444
medreports@wiley.com
www.blackwell.de

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Priv.-Doz. Dr. Ralph I. Rückert
Dr. med. Peter Klein-Weigel

CHEFREDAKTION

Alexandra Pearl (-432)
apearl@wiley.com

REDAKTION

Rüdiger Zart (-431)
ruediger.zart@wiley.com

ANZEIGENLEITUNG

Rita Mattutat (-430)
rita.mattutat@wiley.com

SONDERDRUCKE

Barbara Beyer (-467)
barbara.beyer@wiley.com

MEDIA BERATUNG

Miryam Preußer
Tel.: 06201 / 606-127
miryam.preusser@wiley.com

PRODUKTION

Schröders Agentur, Berlin
www.schroeders-agentur.de

z.Zt. gültige
Anzeigenpreisliste 25/2011

Einzelpreis: € 7,- zzgl. MwSt.
Abonnement: € 238,- zzgl. MwSt.
(45 Ausgaben jährlich)

Die Beiträge unter der Rubrik „Aktuelles aus der Industrie“ gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm der Veranstaltung. Für ihren Inhalt sind die jeweiligen Autoren, Institutionen oder Unternehmen verantwortlich.

Angaben über Dosierungen und Applikationen sind im Beipackzettel auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

Nr. 35/35. Jahrgang
Berlin, im Oktober 2011

ISSN 0934-3148 (Printversion)
ISSN 1439-0493 (Onlineversion)

ZKZ 30371

www.medreports.de

